

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институтини**



РЕФЕРАТ

Мавзу: Ичбуруг (шигеллэзлар)

Бажарди: Шокиров М.

Самарқанд 2017 йил

Ичбуруг (шигеллэзлар) — умумий захарланиш белгилари ва ошкозон-ичак йули, купрок, йугон ичак дистал кисмининг зарарланиши билан тавсифланувчи юкумли касаллик хисобланади,

Клиникаси. Ичбуругда клиник симптомлар турли даражада ифодаланиши мумкин. Давом зтиши буйича уткир (2 ойгача) ва сурункали (2 ойдан ортик) ичбуруг фаркланади: Огирлиги буйича енгил (60%), урта огир(30-35%), огир (5-10%) турлари фаркланади. Ичбуругнинг яширин даври 2-3 кунни ташкил килади. Баъзи холларда у 18-20 соатгача кискариши ёки 5-6 кунгача узайиши мумкин. Касаллик уткир бошланади. Беморнинг тана харорати кутарилади. Титираш, бот алмашади. Ушбу давриинг давомийлиги турли беморларда I ойдан 4-8 ойгача давом этади.

Ташхисотй. Ташхисот асосан эпидемиологик маълумотлар, анамнез, беморнинг синчковлик билан клиник текшириш, ректороманоскопик ва лаборатор текширув натижалари ташкил килади. Эпидемиологик маълумотлар катта диагностик ахамиятига эга.. Ву эса юкумли ич кетиш ва ичбуругга "гумон килишга асос була олади. Рсктороманоскопия натижалари яхши натижа беради..шунга эътибор бериш йугон ичакнинг дистал кисмида зарарланган узгаришлар факат ичбуруггагина эмас, балки бир нечта ичак касалликларида хам кузатилшии мумкин. Ленин бу ректороманоскогашиинг ташхисотдаги ахамиятини инкор этмайди.

Лаборатор усуллардан беморнинг итак ажратмаларида бактериологии текшируви мусбат натижалари эиг ишончли хисобланади. Бунинг учун бемор тувагидан нажас келганидан сунг дархол олинади ва. Петри косачасига. жойлашган Плоскирев ёки Левин мухитларига экилади. Бемор урни олдида экишлинг имконияти булмаганда нажас тампон ёрдамида олинади ва консервант (20% ли глицерин эритмаси, 0,85%. ли натрий хлориди) ли пробиркага солинади. Ичакнинг ювинди сувлари бактериологик» текшириш керак. Текширув учун материал беморга антибиотиклар ва сульфанидамидлар тайинланишидан олдин олишшга керак. Бактериологик зкишдан илгари ичак ажратмаларига дизенфекцияловчи моддалар билан илшов берилмаслик керак.

ичбуруг ташхисотида конроскопик усул хамкатта ахимиятга эга. Бунда катив пренаратлар ёки. ва Романовский- Гимза буиича буялган суртмаларни микроскоб остида куриш мумкин. Бувдай суртмаларда яллигланиш экссудата хужайралари (лейкоцитлар, эритроцитлар, макрофаглар) ичак зпителийеи ва шиллик аникланади. Копроцитограмма маълумотлари бошкда ташхисот курсаткичлари билан биргаликда тахлил килиниш керак,чунки яллиглаиш экссудат хужайралари бошка этиологията мансуб колитларда хам аникланиши мумкин.

Касалликяинг 12 кунидан кейин агглютинация реакциясини утказшн мумкин. Диагностик титр сифятида 1:200 ва ундгш юкори нисбат кабул килинпш. Агглютинация реакцияси сурункали ичбуругда мухим ахамиятга эта, айникса бактериологии тасдикданиш булмаганда. Бундан ташкари,ичбуруг ташхисотида гемаггаютинация реякциясидан хам фойдаланилади. Ушбу реакция касалликнинг 3-4 кунидап бошлаб кузатилиши мумкин. Диагностик титр сифати 1:160 нисбат кабул килинган. Таткикотларни 5 кун оралиги билан олинган жуфт зардоблар ёрдамида утказшн тавсия этилган. Ичбуруишнг ташхисотида дизентерии билан утказилувчи тери ичак синамадан фойдаланиш мумкин. Препарат билакнинг ички юзаси урта кисмига. ОД мл микдорда кагъий тери ичига киритилади. Реакция натижалари киритилишидан сунг 24 соатдаи кейин утказилади. Улчамдари 1x1 см дан 2x2 см тала папула ёки эритеманинг мавжудлиги мусбат реакция {+} деб бахоланади. Папула ва эритема улчами 2x2 см дан 3,5x3,5 см гача булса, «++», 3,5 см дан каттарок, папула булеа, «+++» деб бахоланади. Чегараланган гиперемиянинг ифодаланган папуласиз булиши гумонли(±)реакция хисобланади. Манфий реакцияда яллигланшлли шиш булмай, 1x1 см ли ва ундан кичикрок эритема кузатилади. У хам нина урнида кайд этилади, Дизентеринли синама куйидаги касалликларда утказилмайди: силнинг фаол шакллари ва силдан захарлаяиш, аллергик касадликлар ва холатлар, котар соматик касалликлар, вирусли респиратор касалликлар, Ш-даражали гипотрофия.

1. Киесий ташхисоти. Ичбуруишнг енгил шакллари, яйникса бемор нажасида кон аникланади куйидаги касалликлар билан киесий ташхисот утказилади: бавосил ва ичак ички ва ташки сфинктери ёрилишлари, йугон ичак шиллик, кавати полипларида, сигмасимон ва тугри ичакда жойлашган кисмининг парчаланингида. Бавосил ва тугри ичакиинг ички ва ташки сфинктери ёрилишларида тана хароратининг кутарилиши, касаликнинг уткир титрок, ва бош огринш билан бошланыши кузатилмайди. Бундай беморларда нажас меъёрий була туриб, ич кетишининг охирида шакланган нажас устига шиллик кичик оким курунишида жойлашадк. Корида хуружсимон огрик булмайди. Сигма симптоми хам аникланмайди. Ректоскоп оркали баъзида эса оддий курув пайтида ичак курилганда, веналарнинг ёрилган чигаллари ёки сфинктернинг ёрикдари аникланади.

2. Йугон ичак йугон ичакнинг шиллик квати поллипозиларида улар очилиб, кенгаяди. Нажас шакллаиғаи булади. Коринда огрик, сигма симптоми ичак. рентгенографиясида ёки ректороманоскопиясида осон аникланиши мумкин.

Сигмасимон ёки тутри ичакда жойлашган усманинг парчаланишида ҳам нажасда к0Наникланади. Бундай холларда ташхис асбоблар ёрдамида текшириш ёки ичак рентгенографияси натижаларига асосланиб куйилиши керак. Гематологик курсаткичдар (гемоглобиннинг камайиши, эритроцитларнинг камайиши, ЭЧТ ни иг тезлашиши) бирмунча ахамиятга эга. Опщозан сохасидаги огрик, кунгил айниши, кусиш, суюк нажас уткир гастритни гумон килишга ундайди. Лекин бунда уткир, огир хазм булвчи овкат истеъмоли билан богликлик аникланади. Клиник манзарада овкат истеъмолидан сунг дархол пайдо буладнган оошкозон сохасида таркалган босим хисси устунлик килади. Тана харорати меъёрий сакланади. Беморда бадбуй хидли ва нордон кекириш, жигилдон кайнанш безовта килади. Кусик беморга енгаллик хиссини келтиради. Суюк, нажас кейинрок пайдо булади. У тез-тез келмайди ва патодогак аралашмаларсиз булади. Бир неча соат ёки 1-2 сутка ичида крриндаги огриклар йуколади, нажас меъёрлашади. Тенезмлар ва ёлкон чакириклар булмайди. Корининг олд девори пальпациясида метеоризм ва йугон ичак огриксиз булади. Сигма аниклан.майди. Бунда бактериология, копрологик ва асбобий текошрув катта ахамиятга эга. Ичбуругаинт урта огир ва огир шакллари узининг клиник курунишдарига. кура (юкори тана харорати, томирлар ва юрак мушаклари тонусини пасайипш, талвасалар, кориндаги огриклар, кунгил айниши, кусиш. суюк нажас) овкаттоксикоинфекцияснни эслатади ва кичинчиликлар тугдириши мумкин. Бундай холларда анамезни синчиковлик билан йигиш керак.. Овкат токсикоинфекциясининт клиник белгилари ва уларнинг динамикаси ичбуругдая бирмунча фарк килади, У уткир гастроэнтерит белгилари билан бошланади. Биринчи булиб кусиш, о.унг эса ичак фаолиятининг бузидйши (ич кетиши) руй беради. Ичбуругда эса у иккиламчи белги хисобланади. Овкат токсикоинфекциясида кориндаги огрик киндик ва эпигастрал сохада жойлашади, хамда кам холларда хуружсимон булади. Бунда нажас мул, бадбуи хидли, кам холларда йиринг ва кон аралаш булади. Тенезм ва ёлгон чаь,ирик;лар булмайди. Сигма аникланмайди. Нажас, куюк массаларини бактериологик тскшириш катга щаутятш эга.

Юкори тана хтноорати мавжудлнгида сальмонеллар гурурши ажратиш учун конни тешириш лозим. Касалликнинг 11-12 кулига келиб агглютинация реакциясидаи фойдаланиш мумкин. Сурункали ичбуруиш куйидаш касалликлар билан тащослаш керак: гастроген ич кетишлар (гино-ва аиацид гастридлар фониди), гельминтозлар, ут пуфагининг бактериал инфекция., лямблиялар ёки тошлар чакдгрған сурункали ядлвтлаиши, тиреотоксикоз, ичак сили, сидаги мезаденит, декомпенсация давридаги, юрак—томир касалликдари, протозойли табиатга эга касалликлар (амебиаз, балантидиаз).

Гастроген ич кетишларда каеаллик секин-аста бошланади. Ичбуруг эса у канчалик узок, чузилмасин, у уткир каеаллик курунишида бошланади. Гастроген ич кетишларда еуюк нажас ёкли, гунггли ёки ок/лшли ощят истеъмолидан суиг бошланади. Улар бадбуи хидли кекириши, озгина овкат кабул, и дан кейин хам ошкозон сокасидаги ошрлик хиссига, корин кулдурашжга шикоят килади. Дориннинг олд девори пальпациясида эпигастрал сохада огрик аникланади. Иуқш ичакнинг сназми кдйд этилмайди, ичак х/гтто гипотоник булади. Нажасда натолошк аралашмалар булмайди. Ректоромаяоскопияда увгаришлар аникданмайди. Узок муддатли ига кетиш гелминтозларда кайд зтилинш M\Mi.ini. Бунда шчкетиши рефлектор тарзда, гижжалар чи^индиларинииг ичакнинг секретор алпаратига токсик таъоири на.тижасидд ривожланади. Анамиезида касаллик секил-аста бошланганлиги аниклнн.чди. Беморлар сулак окиши, окдадан нохуш маза, оч коринга кунгил айниши. Нажас суюк, натологик аланшадарсиз булади, сони хам куп булмайди. Цоринда хуруям.имон огрш\$лар, ёлгон чакирувлар булмайди. Кориннинг дам булиши аникланади. Сигма симптоми булмайди. Беморнииг териси рангпар булади. Бемор куп овкат истеъмол килса хам, у озиб кетади. Ректоромоноскопияда узгаришлар аникланмайди. Конда аникланувчи эозинофиллар бирмунча диагностик ахамиятга эгадир. Нажас гижжалар йукотилгандан сунг меъёрлашади.

Бактериялар, лямблиялар ёки тошлар сабабли ривожланган ут пуфагининг сурункали яллигланишида беморлар аиникса куп овкат ейилганда, ёгли овкат истеъмолидан кейин ёки жисмоний юкламадан сунг ковурга остидаги огрикка шикоят килишади. Уларда ут ажралиши чегараланган булади, ёглар эмульсияланмайди. ва липаза таъсири остида булмайди. Бундай шароитда ичак фаолиятининг бузилиши руй беради. Синчковлик билан йигилган анамез катта ахамиятга эга. Корин олд деворининг палпациясида ут пуфаги сохасида огрик аникланади. Сигма пайпасланмайди. Ректороманоскопияда шиллик каватда узгаришлар аникланмайди. Копрограммада шаклли элементлар аникланмайди.

Тиреотоксикозда ич кетиши калконсимон безнинг гормон и тиреодиннинг вегетатив нерв системасига токсик таъсир натижасида пайдо булади. Бунда асосан ичакларнинг харакат

вазифаси бузилади. Киёсий ташхисот вақтда тиреотоксикоз учун хос симптомлар {субфебрил тана харорати, куп терлаш, юкори нерв кузгалувчанлик, тахикардия, бармоқлар титраши, озиб кетиш, баъзан экзофтальмия ва калконсимон безнинг кузга куринган катталашиси) ни инобатга олиш керак. Бундай беморларда нажас тез-тез келмайди, лекин у суюк, ва патологиик аралашмаларсиз булади. Коринда огриклар ҳам безовта килмайди. Сигма симптоми аникланмайди. Ёлгон чакириклар булмайди. Копрограммада шаклли элементлараникланмайди. Ректороманоскопияда шиллик ичакда узгаришлар аникланмайди. Якуний хулоса килиш учун калконсимон безни радиоактив йод ёрдамида текшириш керак.

Ичак силида бемор нажасида шиллик ва кон аникланиши мумкин. Беморларда чукур сил яраларидан кон кетишлар кузатилиши мумкин. Анамнезда сил билан касалланган бемор билан мулоқот булгани кайд этилади. Коринда огриклар безовта килмайди. факат унг ёнбош сохада пайпасланишида огрик аникланади. Тенезмлар ва ёлгон чакириклар булмайди. Тана харорати субфебрил булади. Унинг кутарилиши куннинг иккинчи ярмида кузатилади. Беморни кучсиз бош огриши, куп терлаш, тез чарчаш, иштаханинг пасайиши безовта килади. Ташхисни аниклаш учун упка рентгеноскопияси ва рентгенографиясини утказиш лозим, чунки ичак сили купинча иккиламчи ривожланади. Ичак фаолиятининг бузилиши сил.мезаденитида кузатилиши мумкин. Касаллик белгилари яширин холда секин-аста сурункали сил интоксикацияси фониди ривожланади.. Касаллик тулкинсимон кечади. яъни зурайиш даврлари ремиссия даврлари билан алмашинади. Вакти-вакти билан коринда огрик ва суюк нажас пайдо булади. Нажас келиши сони куп булмаса ҳам, у суюк, цои ва шиллик аралашмаларсиз булади. Нажас келиши сони купайганда ва бемор ахволининг ёмонлашувида сурункали ичбурут билан киёслашга зарурат тугилади. Сил мезаденитида беморлар бош огриши, куп терлаш, узок, муддатли субфебрил тана хароратига шикоят киладилар. Кориндаги огриклар йугон ичак буйлаб эмас, балки киндик атрофида ва унг ёнбош сохасида жойлашади. Огриклар жисмоний юкланиш, юриш, кориннинг дам булиши, баъзан хукнадан кейин кучаяди. Корин олд деворининг паллациясда киндик атрофида (Мек-Фэнден симптоми), ҳамда ингичка ичакнинг богланиши йуналиши буйича огирлик аникланади. Беморни чан ёнбоншга ёткизилганда киндик атрофида огирлик аникланади (Клшга симптоми). Сигма аникланмайди. Ректороманоскопияда йугон ичак шиллик каватида узгариш булмайди. Сил мезаденитида аллергик синама мусбат булади ва кориндаги огрикнинг кучайиши, тана хароратининг кутарилиши ва ахволининг ёмонлашиши кайд этилади. Стрептомицин, фтивазид билан даволаш натижасида беморнинг ахволи яхшиланади.

Сурункали ичбуруряи баъзан протозой табиатли (амебиаз, балантидиаз) колит билан таккослашга тугри келади. Амёбали ичбуруг шсщ щлимли давлатларда учрайди. Балантидиаз инсонларга чучкалардан юкади. Амёбиаз ва балантадиаз учун унг томонлама колит, нажасда куп микдорда кон билан бир текис буяладиган шиллик, ва шусабабли малинали желе курииишига эга нажас хос.

Ташхисни тасдиклаш учун беморни нажаси келганидан кейин дархол олтин препаратларини текшириш вақтида амёбаларнинг тукима шакллари ёки ичак балантидияларни аниклаш мумкии.

Амёбали ичбуруг клиникаси. Яширин даври 20-40 кунни ташкил. килади. Касаллик секин-аста бошданади. Зарарланиш белгилари кузатилмайди ёки кам ифодаланган булади. Коринда огрик доимий булмайди. Кейин колит белгилари кузатилади. Нажас кунига 4-10 мартагача келади. У малина желесини эслатади. Бактериал ичбуругдан фаркди уларок тенезмлар узок муддат (баъзан йиллар) давом. этадм.

Балантидиаз йугон ичакда яралар хосил булиши билан тавсифланади. У 1875 йилда Мальмстен томонидаи аникланган. Кузгатувчиси- балантидиум коли - инфузориялар синфи, содда жонзодлар турига киради. Унинг вегетатив шакли тухумсимон шаклга эга. Улчами 40-60 мм ни ташкил каиади. Инфузориялар эидоплазмасида вакуолалар ва киритмалар мавжуд. Касаллик манбаи- чучкалар. Касалланиш одам организимида цисталарнинг тунпшш натижасида руй беради. Балантидиялар ингичка ичакнинг бушлигада куна иди, сунг йугон ичакка тушади. Улар шиллик кават некрози ва яралар хуружи булишиний чакиради. Касаллик куйидаги шаклларда учрайди:

- субклиник. - билинар-билинемас кечади, шикоятлар булмайди;
- уткир шакли — огир кечади, тез-тез суюк нажас келади, коринда ва бошда огрик, кунгил айниши, кусиш безовта килади, 1-2 ой давом этади;
- стрункали шакли - бунда нажас кунига 5-6 марта келади. Асоратлар: ичакнинг тешилиши, кон кетади.

Лаборатор ташхисоти: нажасда балантидиялар ва уларнинг цисталари аникланади.

Даволаш: эмитин, антибиотиклар-терапицин, биомицин 0,2-0,3 г дан кунига 4 махал. Профилактикаси умумий.

Ичбуругни давоси. Комплекс равишда олиб борилиши зарур асосий мақсад - организмни иложи бориша тезроқ, бактериядан тозалаш, касалликнинг сурункали кечишига утиб кетмаслигани таъминлаш, атрофга кузгатувчи тарқалишни олдири олиш.

Ичбурурни даволашда қаратилган барча воситалар 4 та гуруҳга бўлинади:

3) специфик воситалар — кулрок, кузратувчи ва унинг токсинига таъсир этувчи препаратлар;

2) симптоматик препаратлар;

3) организм химоя кучларини оширувчи воситалар;

4) йулдош касалликларини даволашга қаратилган воситалар,

Ичбурут давоси комплекс ва катъий индивидуал бўлиши керак. Бу касалликнинг нозологик ва клиник шакли (варианта); оғирлик даражаси ва даври; асоратлар ва йулдош касалликлар мавжудлиги, беморнинг индивидуал хусусияти билан белгиланади. Ётоқ тартиби, одатда, инфекциядан жараён авж олиши даврида касалликнинг оғир шакли билан касалланган беморлар учун зарур. Касалликнинг урта оғир шакли билан касалланган беморларга хожатхонага боришга рухсат берилади. Касалликнинг енгил шаклида ва реконвалесцентларга палата тартиби ва реабилитация хусусиятига эга тадбирлар: даволовчи бадантарбии, меҳнат билан даволаш (овқат тайёрлаш ва тарқатишдан ташқари) буюрилади.

Касалликнинг уткир даврида 4-стол буюрилади. Бемор ахволи яхшилангач, ичак дисфункцияси камайгач ва беморнинг иштахаси пайдо бўлгандан сунг 2-, шифохонадан чиқшдан 2-3 кун колганда эса 15-стол тавсия этилади.

Этиотрон воситалар касаллик этиологияси, клиник варианты, оғирлик даражаси ва даврита мувоффақ, равишда буюрилади. Этиотроп даволаш давомийлиги бемор у мумий ахволишиг яхшиланганлиги, тана хароратининг меъёрлашуви, ичак фаолиятининг меъёрлашуви (ич келишининг тухташи, патологик аралашларнинг йуқоолиши). Касалликнинг урта оғир кечишиди этиотрон даволаш 3-4 кун, оғир кечишида 4-5 кути билан чегаралашти мумкин. Эрта реконвалесценция даврида ичакнинг енгил дисфункцияси (кушая 2-3 марта келувчи бута; асиш) нажас уртача ифодалашни метооризм белгилари) этиотроп даволашнинг давом эттирилишиги асос бўла олмайди. Бундай вазиятларда руй берган дисбактериозни бактериярепаратлар ёрдамида баргараф этишга, организмнинг химоя кучларини оширишга қаратилган рағбатлантирувчи даволашни утказишга эътиборни қаратиш керак,

Ичбурурнинг	урта	оғир	кечишида	фторхинолонлар	гуруҳи
препаратлар:	офлоксацин	0,2	г дан	кунига 2	махалёки
ципрофлорксацин	0,25	г дан	кунига 2	махал;	котримоксазол 2
та таблеткадан	2 мах, ал,	йнтетрикс	2 та таблеткадан	3	махал буюрилади.

Ичбурурининг оғир кечишда офлоксацин 0,4 г дан кунига 2 махал ёки ципрофлорксацин 0,5 г дан кунига 2 махал; фторхинолонлар аминогликозидлар билан биргаликда ёки аминогликозидлар, цефалоспоринлар билан биргаликда буюриладн. Даволашнинг биринчи 2-3 кунда препаратлар парентерал, сунг энтерал киритилади.

Сувсизланиш синдромисиз кечаётган уткир юкумли ичак касалликлари (УЮИК) нинг урта оғир ва оғир шаклларида патогенетик даволаш уз шита захарланишга. қарши воситалар лозим. Колитик синдром устунлиги ва тана хароратининг ошиши 38° С дан ортиқроқ, бўлиши билан кечувчи УЮИК иинг урта оғир шакли билан касалланган беморларга ширин чой ёки глюкозанинг 5%ли эритмасини, ёки танор эритмалардан бири, (цитроглюкосалан, регидрон, гасгролит) ни куп микдорда (кунига 2-4 л гача) ичиш тавсия этилади.

Оғир зарарланишида. инфузион-дезинтоксикацион даволаш буюрилади. Унга кура, вена ичига 10% ли альбумин эритмаси, гемодез, Лабори эритмаси (100 г глюкоза, 1,2 г калий хлориди, 0,4 г кальций хлориди, 0,8 г магний, хлориди 1 л апиноген сувда эритилган) ва бошқа кристаллоид эритмалар (трисоль, лактасоль, ацесоль, хлосоль), инсулин кушилган 5-10% ли глюкоза эритмаси юборилади. Купчилик холларда юкорида келтирилган эритмаларнинг 1-2 та сини 1000-1500 мл микдорда. киритиш бемор ахволининг яхшиланшига олиб келади. Глюкокортикоидлар (60 мл преднизолон ичиш учун ёки парентерал) яхши дезинтоксикацион ва гемодинамикани яхшиловчи самара курсатади.

УГОИК нинг гастроэнтеритик вариантыда тиббий ёрдамни ошқрозонни сув ёки натрий гидрокарбонатининг 0,5% ли эритмаси билан ювишдан бошлаш керак. Бунинг учун ошқрозон зондидан фойдаланиш керак. Зондсиз ювиш фақат оммавий касалланиш кузатишганда қўлланилиши мумкин. Шундан сунг организмга етарли микдорда суюқлик ва электролитлари кириб боришини таъминлаш зарур. Глюкоза —тузли эритмалар билан перорал даволаш яхши самара беради. Агар отав оркали эритмаларни юбориш учун имқои бўлмаса, уларни вена оркали юбориш керак.

Агар беморда сувсизланиш белгилари кушишмаса, беморга жадал инфузион даволаш утказиш керак. Ушбу даволаш 2 боскичда амалга оширилади:

- даволаш бошланишга кадар ривожланган суюкликлар ва электролитлар етишмовчилигини бартараф этиш (бирдамчи регидратация);

даволаш мобайнида давом этаётган йукотишларни тулдириш {компенсатор регидратация}.

Ичакда токсинни боғлаш ва уни организмдан чиқариб юбориш учун энтеросорбентлардан (полифепан 1 ош кршикдан куп и га 3 махал, фаоллаштирилган кумир 15-20 г дан кунига 3 махал, энтеродез 5 г дан: кунига 3 махал, МП полисорб 3 г дан кунига 3 махал, смекта. 1 пакетчадая кунига 3 -махалдан) тайинлаш керак. Токсинларни фаолсиздантириш учуй ферментли препаратлар; панкреатин, панзинорм, кальций препаратлари билан биргаликда берилади.

Огир геморрагик колитли беморларга касалликнинг биринчи 2-3 кунда гепарин 5 минг ТБ дан кунига 3 махал тери остита юборилади. Гепарин билан даволаш коагулограмманинг назорати остида утказилиши керак. Қоннинг рсологик хоссаларини яхшилаш учун аспирин 0,1 г дан кунига 1 махал буюрилади. Йугон ичак спазмини бартараф этиш учун к,уйидаги препаратлардан бири: но-шпа 0,04 г дан кунига 3 махал, папаверин гидрохлориди 0,02 г дай кунига 3 мах,ал тавсия этилади. Кучли огрикда но-шгашинг 2% ли эритмасидан 2 мл мушак. ичига ёки платифйллин гйдротартратининг 0,2% ли эритмасидан 1-2 мл тери остига киритилади. Шунингдек, буруштирувчи воситалар - викалин ёки викаирни I таблеткадан кунига 2-3 махал бериш керак.

Касалдикнинг чузилиб кечишга, давомли бактерия ажратилишидан химоя кучдари. заифлашгам, имун танкислиги белгиларида куйидаги препаратлардан бири: нентокеал 0,25г дан кунига 3 махал овкатдан кейин, метилурацил 0,5 г дан кунига 3 махал овкатдан кейин, натрий нуклеинати 0,1 г дан кунига 3 махал, дибазол 0,02 г дан кунига 3 махал овкатдан 2 соат олдин ёки 2 соат кейин буюрилади.Беморларга бутун даволаниш даврида витаминлар комплекси (С витамини 500-(>()) мг/сут; никотин кислотаси 60 мг/сут, тиамин ва рибофлавин 9 мг/сут) буюрилади.

Ифодаланган колитик синдромли беморларга ичак биоценозини тиклаш максатида биоснорин, бактиспорин, бактисубтил, флоновин-БС 2 та до зада е кунига 2 маха.! 5-7 кун мобайнида берилади. Касалликнинг уткир даврида ифодаланган энтеритик синдромда беморга энтерал, рекиненрд 0,25 г дан кунига 2 махал 5 кун давомида берилади. Бактериодаволанишнинг 8 - кунидан куйидаги препаратлардан бири: линкс, бифиформ, витафлор, бифидумбактерин-форте, аактобактермн, колибактерин тайинланади.

Окиз бушлигага ёки ичак кандидози ривожланганда кузикоринларга карши воситалардан бири: нистатин 3-4 млн ТБ дан кунига 3 махал 12-14 кун мобайнида, кетоконазол 0,2-0,4 г дан кунига 1 махал овкат.чанииг вактида 12-14 кун мобайнида, флуконазол 0,2 г дан биринчи купи, сунг 0,1 г дан кунига 1 махал буюрилади.

Сурункали (кайтаданувчи ва узлуксиз) ичбуругни даволаш юкумли касалликлар шифохонасида утказилиши керк.

Даволаш куйдагилардян иборат:

- этиотроп даволаш - фторхинолонлар цефпрофлосацин 0,5 г дан кунига. 2 махал ёки офлосацин 0,2 г дан кунига 2 махал 7 кун давомида;

- иммунитет холатидан келиб чиккан холда - тималин, тимоген, левамизол, дибазол ва бошкалар;

- уринбосар даволаш - нанзинорм, фестал, панкреатин, пепсин ва бошкалар;

- витаминларнинг катори суткалик дозалари;

- йулдош касалликлар, гижжалар ва содда жонзоддилар чак;ирган ичак инфекцияларни даволаш;

ичак биоценозини тиклаш учун биоснорин, бактиснорин, линекс, бифидумбактерин-форте, витафлор, лактобактерин бериш:. Ушбу препаратлар этиотроп даволашдая кейин 2 хафта мобайнида стандарт дозировкада берилади.

Профилактика. Йчбуруг беморларини ва даполги айда касаллик манбаи кунинча яхш.и. Лекин баъзи холларда улим билан якунланиши хам учрайди.Уткир ачбурур билан касадланган беморлар клиник кечиш (тана хароратининг, нажаснинг меъёрлашуви; захарланганда коринда огриклар, спазм ва таморриклигиншиг булмасяги) кейин 3 кундан илгари булмаган муддатларда назорат ректоромояоскошшда ва бир маротаба назорат учун утказкяган нажаснинг бактериологик текширувида (у этиотроп даволашдан сунг 2 кун утказилади) ифодаланган патологий узгаришлар аникланмаганда беморлар шифохонадан чиқариш мумкин.

Амалий машгулот матни:

Дизентерия шигеллалар кузгатадиган, интоксикация ва йугон ичак дистал кисмининг зарарланиши билан таърифланадиган юкумли касалликдир.

Дизентерия - бузилиш ва йугон ичак деган сузлардан ташкил топган булиб, ичак фаолиятининг бузилиши деган маънони англатади.

Ўзбекистон худудидини иссиқ климининг, сув танқислигини, этиборга олганда ичак инфекцияни куплиги хайраттат колдирмайди.

Уткир ичак касалликлар юкумли касалликлар структурасида биринчи уринни эгалайди, мой ойидан бошлаб токи кеч куз киргунча кузатилади. Ичбуруг касаллигидан кейин беморлар анча вақтгача холсизланиб юради, айрим холатларда огир асоратлар, касалликнинг сурункали кечиши кузатилади.

Ушбу сабабларга кура дизентерия уз долзарблигини йукотмаган.

Тарихий маълумотлар: Милоддан салкам уч минг йил илгари утган машхур хаким Гиппократ ичак касалликларини икки гурухга ажратган:

1) оддий ичкетар (диарея) ва 2) дизентерия - корин огриги билан утадиган ич кетиши. Асрлар давомида дизентерия одамларга куп фалокатлар келтирган. Айниқса, табиий фалокатлар пайтида (уруш ва очарчилик йилларида) уэпидемия ва баъзан пандемия курунишида кенг таркалган ва куп бахтсизликларга сабаб булган.

Этиологияси: Дизентерия бактериялари SHIGELLA авлодига киради, уларнинг 50дан ортик серологик турлари маълум. Халқаро классификация буйича шигеллалар 4 гурухга булинади: А, В, С, D.

Шигеллалар таёкча шаклида булиб, катталиги 0,3-0,6 ва 1-3 мкм келади. Улар ҳаракатсиз, спора ва капсулалари йук, грамм манфий, факультатив анаэроб. Оддий озук мухитларида купаяверади. Шигеллаларнинг термостабил, яъни иссиқликка чидамли соматик O - антигени бор.

Григорьев – Шиг бактериялари кучли экзотоксин ишлаб чиқаради, парчаланганида эса улардан эндотоксин ҳам ажралиб чиқади. Колган ҳамма шигеллалар эндотоксин ҳосил қилади. Дизентерия бактерияларининг токсинлари нейротроп ва энтеротроп хусусиятига эга. Григорьев – Шига бактерияларининг вирулентлиги жуда юқори. Колганлари унча вирулент эмас. Шигеллаларнинг ташки мухит шароитига қараб бир неча кундан бир ойгача тирик сақлана олади. Сут ва сутли маҳсулотларда шигеллалар тирик сақланибгина қолмай, балки тез суръат билан купая олади. Улар совуқ ҳароратда ва қуритилганда ҳалок бўлмайди. 60 даража иссиқликда 30 минутдан сунг, 100 даражада эса дарҳол ҳалок бўлади. Қуёш нури ҳам уларни улдиради. Дезинфекцияловчи моддалар (гипохлорит, хлорамин, лизол ва бошқалар) бу бактерияларни бир неча минут ичида ҳалок қилади. Дизентерия билан оғриган бемор организмда ҳосил бўладиган иммунитет кучсиз бўлади ва узокка чузилмайди. Дизентерия қузғатадиган бактерияларнинг турлари вақт утиши билан узғариб туради. Масалан, 1930-1935 йилларгача асосан (50-80%) **Григорьев – Шига** бактерияси учраб эди. 1940-йиллардан бошлаб Европада (60-80%) беморларда касалликнинг қузғатувчиси **Флекснер** таёкчаси булиб чиқди. 1960-йиллардан сунг унинг урнини **Зонне** микроби эгаллади. Ҳозир Зонне таёкчаси купрок учрамоқда. Ер юзининг бошқа жойларида Флекснер ва Григорьев – Шига бактериялари қузғатган дизентерия ҳали ҳам тез-тез учраб туради.

Эпидемиологияси: Инфекция манбаи дизентерия билан оғриган беморлар ва бактерия ташувчилардир. Беморлар ва бактерия ташувчилар шигеллаларни аҳлат билан бирга ташқарига чиқаради. Сунгра улар ҳар хил йулар билан соғлом одам оғзига қиради. Григорьев – Шига бактерияси купинча контакт йули билан, Флекснер шигелласи сув орқали, Зонне таёкчаси эса озик-овқатлар орқали юқади. Одамларда дизентерия бактерияларга табиий қаршилик қурсадиш кучи деярли йук. Шу сабабдан шигеллалар юккач, деярли ҳамма вақт касаллик ривожланади. Купинча мактабгача ёшдаги болалар касалланади. Ҳамма беморларнинг 2/3 қисмини 6 ёшгача бўлган болалар ташқил қилади. Бу касаллик ёз ва қуз ойларида купрок учрайди. Иммунитет касаллик қузғатган турдаги бактериянинг узигагина ҳос бўлади, бир йилдан узокка чузилмайди.

Патогенези:

Оғиз орқали қирган шигеллаларнинг бир қисми меъда ва ичакда ҳазм ферментлари таъсирида ҳалок бўлади. Уларга ичакдаги микроблар ҳам таъсир қилади. Ана шу тусиқларни енгиб утган шигеллалар йуғон ичак эпителий хужайраларига жойлашиб олиб, уларда узок вақт сақлана олади ва купаяди. Хужайраларнинг бир қисми ҳалок бўлади ва улардан чиққан шигеллаларни нейтрофил лейкоцитлар ва макрофаглар ютиб олади (фагоцитоз). Айни вақтда ажралиб чиққан токсинлар организмга уз кучини қурсатади. Токсиннинг нейротропик хусусиятига эга қисми марказий нерв системаси, вегетатив нерв системаси ва симпатико-адренал системага таъсир қилади. Бу интоксикация моддалар алмашинуви жараёнининг бузилишига сабаб бўлади.

Токсиннинг энтеротроп хусусиятли қисми - энтеротоксин асосан йуғон ичак дистал қисмининг шиллик пардасига таъсир қилади. Бу токсин аденилатциклазани фаол қолга қелтиради ва натижада ичакда суюқлик ва электролитлар тупланиб боради. Шигеллалар ва уларнинг токсинлари таъсирида ичак шиллик пардаси яллиғланади, эрозия ва яралар пайдо бўлади.

Токсин таъсирида биологик фаол моддалар (гистамин, серотонин) қуп ишлаб чиқарилади ва улар яллиғланиш жараёнини кучайтиб, ичак функцияларини бузилишига сабаб бўлади.

Дизентерия оғир утганда, айниқса ёш болаларда токсикоз ва эксикоз белгилари яққол қуринади. Баъзан қон томирлари функцияси қаттиқ бузилиши натижасида бемор улиб қолиши ҳам мумкин. Дизентериянинг оғир ёки енгили утиши ва клиникасининг баъзи хусусиятлари шигеллаларнинг хилларига боғлиқдир.

Патологик анатомияси: йуғон ичакда юз берадиган узғаришларни шартли равишда 4 даврга булиш мумкин:

1. уткир қатарал яллиғланиш даври;
2. фибриноз-некротик яллиғланиш даври;

3. яра пайдо булиш даври;

4. яраларни битиб, ичак шиллик пардасида чандик пайдо булиш даври.

Охирги йилларда 2- ва 3-даврларга хос узгаришлар жуда кам учрамоқда. Асосан катарал яллигланиш белгилари куринмоқда. Яллигланган шиллик пардада кон куйилиш аломатлари - конталашлар ва эрозиялар топилади. Ичак йулида шиллик ва кон аралаш экссудат тулланиб қолади.

Касаллик огир утганида шиллик пардада некроз бошланиб, халок булган тукумалар кучиб тушгач, яралар пайдо булади. Бу яралар купинча саёз булади, лекин баъзан анчагина чукур булиб, ичак деворининг мушак каватигача боради.

Ичак шиллик пардасида катарал яллигланиш булганда касалликнинг 2-3-кунларидаёк эпителий тукумасининг регенерацияси бошланади. Шунга карамасдан, ичакдаги анатомик узгаришлар, хатто дизентериянинг энгил хилларида ҳам 4-5 ой утгандан кейингина бархам топади. Регенерация аломатлари билан бир каторда яллигланиш белгилари ҳам кузатилади. Сурункали дизентерияда регенерация жараёни чузилиб кетади. Мейснер ва Ауэрбах нерв чигалларида, симпатик нерв тугунларида, умурткалараро ганглияларда дистрофик узгаришлар аникланади. Бу хилдаги дистрофик узгаришлар куёшсимон нерв чигали, буйин симпатик тугунлари, адашган нерв ганглиясида ҳам юз беради.

Клиникаси:

Кабул килинган расмий классификацияга кура дизентериянинг куйидаги хиллари ва шакллари учрайди:

I. Уткир дизентерия.

1. Колитик хили:

А) энгил шакли;

Б) уртача огирликдаги шакли;

В) огир шакли;

Г) белгилари аниқ булмаган шакли.

2. Гастроэнтероколитик хили:

А) энгил шакли;

Б) уртача огирликдаги шакли;

В) огир шакли;

Г) белгилари аниқ булмаган шакли.

II. Сурункали дизентерия.

1. кайталаниб ёки кузиб турадиган, яъни рецидивланувчи хили;

2. узлуксиз давом этадиган хили.

III. Бактерия ташувчилик.

Дизентерия касаллиги давомида 5 даврга ажратилади:

1. инкубацион давр;

2. бошлангич даври;

3. касалликнинг авж олган даври;

4. симптомларнинг суниш даври;

5. согайиш даври.

Умуман олганда дизентерия асосан интоксикация ва колитик синдром билан таърифланади. Гастроэнтероколитик хилида булардан ташкари гастрит ва энтерит аломатлари ҳам куринади. Инкубацион давр купинча 2-3 кун давом этади, у 1 кунгача кискариши ва 7 кунгача чузилиши мумкин. Касаллик купинча тусатдан бошланади. Беморнинг эти увушиб, харорати 38-39⁰С гача кутарилади ва 2-4 кунгача юкори булиб туради. Харорат субфебрил даражада ёки нормал булиши ҳам мумкин. Харорат юкори булганда купчилик беморларнинг боши огрийди, дармони куриб, бадани какшайди, кайфияти ёмон булади.

Томир уриши узгарувчан булади, пульс мароми бузилиб, кон босими пасаяди, юрак тонлари бугиклашади, нозик систолик шовкин эшитилади. Интоксикация кучли булганда коллапс юз бериши мумкин.

Бемор корнининг чапки паст томони бураб огрийди. Хар гал хожатхонага бориш олдидан корин огриги безовта килади. Хожатхонага бориш зарурияти тугилганда, орка тешик

ачишиб, каттик огрийди ва бу беморни анча безовта килади. Коринни пайпаслаганда йугон ичакда, айникса, унинг чапки кисми безиллаб туради ва кискарган холда худди арконга ухшаб кулга унайди.

Симптомлари яккол курунган дизентерияда беморнинг ахволи огир булади, у бир кеча-кундузда 20-30 марта хожатга бориши мумкин. Лекин хар гал тувакдан турганда бемор энгилик сезмайди, у гуё узини хожат килмагандек хис килади. Бир кеча-кундузда беморнинг ичи тез-тез келса хам тушадиган ахлат микдори 0,5-1,0 л дан ошмайди. Чунки бемор хожатга борганида озгина ахлат ва унга аралашиб асосан шиллик ва йиринг чикади. Шилликка озгина кон аралашган булади. Касаллик зуриккан вақтда беморнинг ичидан ахлат эмас, балки факат кон аралаш шиллик билан йиринг келади. Йугон ичак кискарган холда булганлиги сабабли ахлат ингичка ичакда тухтаб колади. Дизентерия огир утганида бемордан худди гушт селига ухшаш суюклик келади. Дизентерия интоксикацияси окибатида сулак беzi ва бошка хазм безларининг фаолияти бузилади: огиз курийди, меъда ширасининг протеолитик хусусияти, ундаги кислота миъдори камаяди. Меъда ва ичакларнинг харакат фаолияти ва секрецияси хам бузилади.

Интоксикация кучли булган холларда меъда ости беzi ва жигар фаолияти бузилади. Протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия ва ковок сфинктерининг спазмига хос белгилар аникланади. Кон текширилганда бир оз лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши моноцитоз аникланади. ЭЧТ бир оз тезлашади. Дизентериянинг авжига чикадиган даври 1-2 кундан 8-9 кунгача давом этади.

Касаллик симптомларининг суниш даврида интоксикация ва колит аломатлари камаяди. Согайиш даврида хамма органларнинг фаолияти нормаллашади ва организм дизентерия бактерияларидан халос булиб боради.

I. Уткир дизентерия.

1. Колитик хили.

А) Касалликнинг энгил шакли тусатдан бошланади, харорат киска муддатда 37-38⁰С даражагача кутарилади. Бемор дармони куриб, иштахаси бугилади, кейинрок корни бир оз огрийди. Бир кеча-кундузда 3-5 марта хожатга боради. Ахлати суюк ва шилимшик, баъзан кон аралаш булади. Лекин беморларнинг иш кобилияти сакланиб туради. Пайпаслаганда йугон ичакнинг чапки паст кисми огрийди ва кискариб, таранг тортиб тургани кулга унайди. Ректоскоп билан текширилганда йугон ичакда катарал ва катарал-геморрагик яллигланиш аломатлари курилади. Дизентериянинг бу шакли купинча 3-4 кун, баъзан 7-8 кун давом этади. Сунгра бемор согая бошлайди.

Б) Дизентериянинг ургача огирликда утадиган колитик шакли тусатдан бошланади, бемор боши огриб, эти увишади, бадани какшайди. Харорати 39-40⁰С гача кутарилади ва 2-3 кун утгач, пасаяди. Иштаха йуколиб, бемор кунгли айниб, баъзан кусади, корни каттик бураб огрийди. Бир кеча-кундузда 10-20 мартагача хожатга боради, хожат вақтида асосан кон аралаш шиллик келади. Бундай симптомлар 2-3 кундан сунг аста-секин камаяди ва бемор ахволи яхшилана бошлайди. Ректоскоп билан текширилганда катарал-геморрагик ва катарал-эрозив проктосигмоидит аникланади. Бир ярим икки хафтадан сунг согайиб кетади.

В) Дизентериянинг огир колитик шакли бирданига бошланади, харорат 39-40⁰С гача кутарилиб, кучли интоксикация булади. Бемор баъзан алахлайди, кунгли айниб, кайт килади. Корни каттик огрийди, тез-тез сияди, орка тешиги доим деярли ачишиб огриб туради. Бир кеча-кундузда 50 ва ундан купрок марта хожатга боради. Хожат вақтида кон аралаш шиллик, баъзан гушт селига ухшаш суюклик келади. Бемор дармони куриб, жуда холдан кетади. Териси ва шиллик пардалари куруклашиб колади. Кон босими пасаяди, тахикардия кузатилади. Корин дам булиб шишади, анус сфинктери ишламайди, гушт селига ухшаш суюклик окиб туради. Кучли интоксикация таъсирида бемор баъзан кома холатига тушиб, ахлаб ётади. Кон айланишида чукур узгаришлар юз беради. Бундай беморларга кечиктирмай ёрдам бериш зарур булади. Йугон ичак пайпаслаб курилганда каттик огрик булади. Бундай огир ахвол 7-10 кунгача давом этади. Ректоскоп билан текширилганда катарал-геморрагик, катарал-эрозив узгаришлар, баъзан эса яралар аникланади.

2. Дизентериянинг гастроэнтероколитик хили худди овкат токсикоинфекциясига ухшаб, киска инкубацион даврдан сунг бирданига бошланади. Кучли интоксикация ва гастроэнтероколитга хос симптомлар кузатилади. Бемор кайта-кайта кусади, шир-шир ичи кетади. Бошланишида ахлатида кон ва йиринг булмайди. Кориннинг хамма ери огрийди. Бемор ахволининг огир ёки

енгиллиги организм йукотган суюклик микдорига боглик булади. Касаллик енгил утганда сувсираш - дегидратация кузатилмайди, дизентерия уртача огирликда утганда 1-даражадаги дегидратация юз беради, касаллик огир утганда 2- ва 3-даражадаги дегидратация аникланади. Бемор куп суюклик йукотган холларда гиповолемик шок бошланиши мумкин.

Дизентериянинг гастроэнтерик варианты хам учрайди. Бунда гастроэнтерит белгилари ва дегидратация аломатлари яккол курунгани холда колит симптомлари булмайди. Дизентериянинг колитик хилида хам, гастроэнтероколитик хилида хам касаллик белгилари етарли билинмайди. Беморнинг корни салгина огрийди, 1-2 кун давомида ичи бузилади. Ахлатида кон ва шиллик булмайди. Бемор харорати кутарилмайди, корин пайпасланганда сал-пал огрийди. Ахлат микроскоп остида текширилганда хар бир куриш майдонида 20 ва ундан куп лейкоцитлар куринади. Ректоскоп билан текширилганда катарал проктосигмоидит манзараси куринади. Диагностикада анамнез маълумотлари мухим роль уйнайди. Баъзан уткир дизентерияга хос белгилар 1,5 ойдан 3 ойгача чузилиши мумкин. Касалликнинг бундай хилини чузилган дизентерия деб аталади.

II. Сурункали дизентерия. Уткир дизентерияли беморлар 2-5% холларда сурункали хилига утади. Нерв системаси, меъда, жигар, меъда ости безлари касалликлари ва хар хил гижжа ёки содда хайвонлар инвазияси, авитаминоз, алиментар дистрофия ва бошқалар сурункали дизентерия шаклланишига сабаб булади.

1. Сурункали дизентериянинг рецидивли хили купрок учрайди. Бунда вакти-вакти билан дизентерия симптомлари кайтарилиб туради. Рецидивлар бир неча марта такрорланиши мумкин. Рецидив вактида асосан колит синдроми кузатилади. Бундай беморларда меъда, ингичка ичак, меъда ости беги, гепатобилиар система аъзолари зарарланади. Беморлар асаби бузилиб, тажанг булиб қолади. Купинча бош огрийди, иш кобилияти пасаяди. Вегетатив нерв системаси фаолияти хам бузилади. Рецидивда ректоскопия манзараси худди уткир дизентериядагига ухшаш булади. Рецидивлар орасида беморлар ахволи бир кадар яхшиланиб қолади. Иш кобилияти тикланади. Аммо бундай кишиларнинг корни дам булиб, мижиглаб огриб туради, эпигастрал сохада огирлик сезилади.

2. Сурункали дизентериянинг узлуксиз давом этадиган хилида касаллик симптомлари кундан-кунга авж олиб, бетухтов давом этади ва беморнинг ахволи борган сари огирлашиб боради. Овкат хазм килиш бузилади, бемор озиб кетади, гиповитаминоз, камконлик ва дисбактериоз аломатлари кузатилади. Сурункали дизентериянинг бу хили кексайиб колган ва умман касалманд, заиф кишиларда учрайди.

III. Бактерия ташувчилик. Бактерия ташувчиларда интоксикация аломатлари ва ичак функциялари бузилишига хос белгилар булмайди. Аммо бактерия ташиб юрувчи киши замонавий усуллар билан хар томонлама текширилса, унинг организмида инфекцион жараён белгилари борлиги аникланади. Демак, бактерия ташувчиларда касаллик субклиник холатда, зимдан кечади.

Дизентерия асоратлари: Уткир дизентериядан сунг беморларнинг 5-15% да рецидив учрайди. Рецидивда баъзан дизентериянинг хамма симптомлари куринади, бошка холларда эса унинг айрим белгиларигина пайдо булади. Баъзи холларда тугри ичак чикиб қолиши, орка тешик девори дарз кетиши, бавосилнинг зурайиши ва камдан-кам ичак ёрилиши, натижада перитонит ривожланиши мумкин.

Диагностикаси: Эпидемиологик маълумотлар ва клиник симптомлар билан бир каторда дизентериянинг диагностикасида лаборатор натижалар хам мухим роль уйнайди. Бактериологик усул жуда мухим, бироқ беморларнинг факат 22-80% дангина дизентерия микробларини ажратиб олиш мумкин булади. Бемор ахлатини экиб ундиришда тартиб коидаларига алохида эътибор бермок керак. Беморга антибиотиклар тайинланмасдан олдин унинг ахлати Плоскиров озик мухитига экилади.

Эгри гемагглютинация реакцияси хам касалликнинг 5-кунларидан бошлаб мусбат натижа бера бошлайди. Унинг диагностик титри 1:160 ва ундан юкори. Унинг титри 2 хафта давомида купайиб боради-да, 4 ва 5-хафталардан кейин камай бошлайди. Иммунофлюоресцент усулдан хам фойдаланилади. Бемор ахлатини микроскоп остида текширилганда лейкоцитлар, эритроцитлар ва эпителиал хужайралар топилади.

Ректороманоскопия жуда катта ахамиятга эга булган текширув усулидир. Ректоскоп ёрдамида йугон ичакнинг пастки 30 см ли кисми шиллик пардасида юз берган патоморфологик узгаришларни куз билан куриш мумкин булади. Ректоскопда куйидагича манзаралар кузга ташланади:

1. катарал проктосигмоидит;
2. катарал геморрагик проктосигмоидит;
3. эрозив проктосигмоидит;
4. ярали проктосигмоидит.

Дизентерия диагностикасида Цевекалов аллергик реакциясидан хам фойдаланилади.

Эпидемиологик маълумот, клиник симптомлар, лаборатория текшириш натижалари ва ректоскопия манзараларини чукур тахлил килиш йули дизентерияни куйида кайд килинган касалликлардан ажратиб, аниклаб олиш мумкин булади.

Даволаш: Дизентериянинг энгил хилига уй шароитида хам даво килиш мумкин. Бунда албатта, уйдаги имкониятлар, унинг санитария холати, оила аъзоларининг гигиена коидаларига риоя килишини эътиборга олиш керак. Озик-овкат махсулотларига алокадор жойда ишлайдиган беморлар албатта касалхонага жунатилади.

Бемор урнидан турмай ётиши керак, хожатга бориш учун туришга рухсат этилади. Купрок ухлаш фойдали. Дизентериянинг дастлабки даврида беморга 4-ракамли пархез тайинланади. Ич кетиши тухтагач 2 ёки 15-пархезлар таомларига утиш рухсат берилади. Пархезнинг хилидан катъий назар беморга етарли микдорда углеводлар, ёг, оксил моддалари ва витаминлар бериш керак. Беморга овкат танлашда хамма вақт унинг йугон ичагидаги патоморфологик узгаришларни назарда тутмок зарур.

Касаллик кузгатувчи микробга карши таъсир утказиш: Охирги йилларда олиб борилган кузатишлар ва текширувлар натижасига кура шигеллалар невивграмон ва канамицин, полимиксин-М-сульфат, фуразолидонга етарли даражада сезувчан эканлиги аникланган. Шу туфайли дизентерияга даво килишда ана шу препаратларни куллаш мақсадга мувофиқдир. Невивграмон кунига беморнинг 1 кг оғирлигига 60 мг хисобидан 5-7 кун берилади. Полимиксин-М-сульфат кунига 100 мг/кг хисобидан 5-7 кун берилади. Фуразолидон 0,05 г дан кунига 3 махалдан 1 хафта берилади.

Патогенетик даво: Дизентерия оғир утиб, интоксикация белгилари яккол куриганда дезинтоксикацион дорилар ишлатилади: ош тузининг физиологик эритмаси, Рингер-Лок эритмаси, «Трисоль», «Дисоль», «Ацесоль», «Лактосоль» эритмалари 1-2 литр микдорида юборилади. Булардан ташкари коллоид эритмалари бир кеча-кундузда 400-800 мл микдорда венадан юборилиб турилади. Бемор ахволи жуда оғир булганда баъзан киска муддат давомида кортикостероид гормонлар ишлатилади.

Бемор организмнинг химоя кучларини ошириш мақсадида сурункали дизентерияда Чернохвостов тавсия этган ва спиртда тайёрланган вакцина ишлатилади, вакцина беморнинг териси остига юборилади.

Оғиз оркали бериладиган дизентерия иммуногени хам организм химоя кучларини оширади. Кайта-кайта рецидив билан утадиган дизентерияга даво килишда протеин, плазма, альбумин яхши натижа беради. Зардоб полиглобулини хам муваффақият билан кулланилади. Бу препаратларда гаммаглобулиндан ташкари бетаглобулин хам бор. Зардоб полиглобулини мушак орасига ёки венага 3 мл дан кун оралаб юборилади. Беморга албатта поливитамин бериш керак. Поливитамин бошка жихатлардан ташкари антибиотиклар билан даволанганда юз берадиган ичак дисбактериозига карши чорадир.

Тукималарда модда алмашинувини яхшилаш учун бир кеча-кундузда 0,2-0,4 дан 4 махал пентоксил, 1-2 г дан 4 махал метилурацил ичириб турилади. Дизентерияда ишлатиладиган пирогенал, продигозон организм химоя кувватини оширади, регенерация жараёнини ва фагацитозни кучайтиради. Йод билан поливинилалкоголнинг бирлашмаси - йодинок хам организм резистентлигини кучайтиради. Йодинок ичирилади ёки 1% ли эритмаси хукна килиб юборилади. Полийодин 1 кунда 1 таблеткадан берилади. У дизентериянинг субклиник формасида купрок ишлатилади. Ичак дисбактериозини йукотиш учун беморга колибактерин, бифидумбактерин, бификол ёки лактобактерин берилади. Бу дорилар антибактериал препаратлар

билан даволаш тугандан сунг 1-2 кун утгач берилади. Улар дизентерия сурункали шаклга утишини, касаллик рецидиви ва бактерия ташувчилик шаклланагини олдини олади.

Профилактикаси: Аввало дизентерия диагнозини имкони борича барвакт аниклаб, беморни касалхонага жунатиш ёки касалликнинг ундан бошкаларга юкмаслик чораларини куриш зарур. Дизентериянинг билинар-билинемас белгилари билан утадиган ва айникса субклиник турини аниклашга алохида эътибор килинади. Ичи кетган беморларнинг хаммаси назорат остида булиши керак. Бемор ётган уй дезинфекция килинади. Беморнинг касалхонадан уйига кетишига касаллик симптомлари бархам топиб, ахлати текшириб курилганда дизентерия микроблари йуклиги аниқ булгандан кейингина рухсат берилади. Уйига кайтган бемор поликлиника врачлари назоратида булади.

Ахоли орасида санитария-гигиена коидаларига риоя килиш зарурлигини тушунтириш ва умуман ахолининг санитария-гигиена хакида тегишли билимларга эга булиши жуда мухим.